ESSAI

N° 274.

SUR

LA RÉTENTION D'URINE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR M.-HENRI BALLIAS,

Ancien Sous-aide-major aux hôpitaux d'instruction de Metz et du Val-de-Grâce; ex-Chirurgien à l'Hôpital militaire de la Garde.

Nihil dicere quod non prodest.
PHÆD.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Président.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Suppléant.* BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque, *Examinateur.*	Dubled, *Suppléant.*
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR

LE BARON LARREY,

Docteur en médecine et en chirurgie ; Chirurgien en chef de l'Hôpital militaire de la Garde ; Membre du Conseil de santé des armées ; ex-Inspecteur-général du service de santé militaire ; ex-Chirurgien en chef de la Garde impériale et de la Grande Armée en Russie, en Saxe, etc. ; Commandeur de l'ordre de la Légion-d'Honneur ; Chevalier de l'ordre de la Couronne de Fer ; Membre de l'Institut de France, de l'Académie de médecine, de l'Institut d'Égypte, des Académies de Vienne, Berlin, Munich, Wurzbourg, Jéna, Stockholm, Madrid, Turin, Naples, Bruxelles, Louvain, Dublin, Édimbourg, la Nouvelle-Orléans, et de plusieurs autres sociétés savantes nationales et étrangères.

M.-H. BALLIAS.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/laretentiondurin0009mhen

ESSAI

SUR

LA RÉTENTION D'URINE.

Peu de maladies sont aussi communes que la rétention d'urine : elle frappe l'homme à toutes les époques de la vie; l'enfant naissant peut en être atteint ; il n'est pas rare de voir l'homme adulte en être attaqué; et cette dangereuse affection vient très-fréquemment s'associer aux nombreuses infirmités qui assiégent la vieillesse. Elle est l'effet d'un obstacle aux contractions de la vessie, et bien plus souvent d'une oblitération plus ou moins complète des canaux ou des réservoirs de l'urine. Ce fluide est toujours sécrété, mais il est retenu dans l'une des cavités destinées, soit à le contenir pendant un certain temps, soit à le transmettre au dehors. La multiplicité des causes qui peuvent produire ce phénomène morbide, sa gravité, sa fréquence, les terribles accidens qui résultent du séjour prolongé de l'urine dans la vessie, la variété des secours que la chirurgie peut opposer à cette affection, le danger de quelques-uns d'entr'eux, sont autant de circonstances qui recommandent la rétention d'urine aux méditations des praticiens.

Quoique l'urine puisse s'accumuler et s'accumule, en effet, quel-

quefois dans les autres parties qui, avec la vessie, constituent l'appareil urinaire, ce n'est que dans ce réservoir que nous l'examinerons. D'ailleurs, l'accumulation de ce liquide dans les portions des voies urinaires situées au-dessus de la vessie, quand elle coïndice avec la distension de cette organe, ne doit être envisagée que comme un phénomène tout à fait secondaire, et qui ne peut modifier en rien les indications thérapeutiques. D'un autre côté, la rétention d'urine qui a lieu dans les uretères et le bassinet, par suite d'obstacle au cours de ce fluide, ne peut être d'un grand intérêt pour le médecin, puisqu'elle peut à peine être soupçonnée pendant la vie.

L'examen de la rétention qui a lieu dans l'urètre ne doit pas non plus être le sujet d'une étude spéciale; car il est évident que c'est du séjour de l'urine dans la vessie que dépendent la plupart des accidens qu'on observe dans ce cas, comme dans ceux où la cause de la maladie, ne dépend pas d'un resserrement ou d'une obstruction du canal de l'urètre.

Cette affection est infiniment plus fréquente chez l'homme que chez la femme; et l'on aperçoit au premier coup-d'œil, dans la disposition anatomique des organes qui concourent à l'expulsion des urines, chez l'un et chez l'autre sexes, les causes de cette remarquable différence : l'absence de la prostate chez la femme, le peu d'étendue de l'urètre, sa dilatabilité, la rareté des affections de ce canal, la différence du genre de vie, tout concourt à donner une explication facile d'un fait qui d'abord aurait pu paraître surprenant. Ce n'est aussi qu'à d'assez longs intervalles qu'on rencontre quelques cas de rétention d'urine chez le sexe, et la maladie ne reconnaît guère alors d'autres causes que la paralysie de la vessie, la compression de l'urètre par quelques tumeurs développées dans le voisinage, ou enfin le déplacement de l'utérus. Chez l'homme, au contraire, cette affection se fait remarquer par sa fréquence, et ses causes semblent en quelque sorte se multiplier à mesure qu'il avance en âge. Elle est extrêmement rare dans la jeunesse.

Les praticiens ont long-temps distingué différens degrés de rétention

d'urine : celle de ces distinctions qui, durant longues années, fut seule admise, en établissait trois principaux : le premier degré, qu'on nommait *dysurie*, était constitué par la simple difficulté d'uriner, avec ou sans douleur pendant l'émission, et lorsque le jet de l'urine était bifurqué, en spirale, ou affaibli seulement. Le second degré, qu'on nommait *strangurie*, existait lorsque les urines n'étaient évacuées qu'avec peine, et ne sortaient que goutte à goutte, malgré les plus grands efforts du malade. Enfin l'impossibilité absolue de l'expulsion de l'urine, formait le caractère principal du plus grave et du dernier de ces trois degrés, auquel on avait donné le nom d'*ischurie*. Cette distinction, que quelques chirurgiens conservent encore, a été remplacée par la plupart des pathologistes par la division, plus convenable et plus simple, de la rétention d'urine en *complète* et *incomplète*. Il est important toutefois d'admettre, avec M. le professeur *Roux*, que chacune de ces deux espèces peut se présenter à l'observation : 1°. sans ténesmes, 2°. avec des ténesmes modérés, 3°. enfin avec des ténesmes excessifs, et des accidens qui nécessitent les secours les plus prompts.

Parmi les causes si nombreuses et si variées de la rétention d'urine dans la vessie, les unes consistent en une suspension plus ou moins absolue de la force contractile de cet organe ; d'autres agissent en apportant à la libre sortie du liquide vers un point quelconque du trajet qu'il doit parcourir un obstacle qui, dans certains cas, ne peut être surmonté par les plus fortes contractions de la vessie, aidées de celles du diaphragme et des muscles abdominaux. C'est à ces deux chefs que nous croyons pouvoir rapporter toutes les causes de la rétention d'urine.

Pour bien faire ressortir leur différence, nous allons les examiner séparément, et nous rattacherons à chacun de ces deux ordres de causes le traitement qui lui convient.

PREMIER ORDRE DE CAUSES.

De la rétention d'urine dans la vessie déterminée par une suspension plus ou moins absolue de la force contractile de cet organe.

Au premier de ces deux ordres, beaucoup moins fécond que le second, se rapportent les différens genres d'inertie de la vessie. Il faut placer en première ligne les paralysies de cet organe, soit qu'elles aient leur source dans la vessie elle-même, dans les centres nerveux, d'où elle tire sa faculté contractile, ou dans les nerfs, qui la lui transmettent; soit que des déplacemens, des altérations des parois de ce viscère l'aient rendu impropre aux contractions nécessaires pour l'expulsion de l'urine.

Les progrès de l'âge peuvent être considérés comme une des causes les plus ordinaires de l'inertie ou de la paralysie de la vessie. Avec les années, cet organe perd, en effet, une partie de son impressionnabilité. D'une autre part, ses fibres, devenues plus rigides, ne se contractent pas avec assez d'énergie pour surmonter la résistance qui leur est opposée par la réaction naturelle de l'urètre. Le sentiment de pesanteur, de gêne douloureuse, qui résultent de la distension extrême de ses parois et de l'accumulation d'une grande masse de liquide dans son intérieur, sont les seules circonstances qui l'avertissent alors du besoin de chasser les urines, et sa débilité ne lui permet de les expulser qu'avec l'assistance des muscles abdominaux, dont il faut même que l'action se prononce avec une certaine violence. Mais comme elle a perdu le degré de ressort et de contractilité suffisant pour revenir tout à fait sur elle-même, et qu'en même temps elle ne peut plus donner cet espèce de coup de piston, au moyen duquel elle se débarrasse des dernières gouttes d'urine dans l'état ordinaire, elle ne se vide point complètement, et la portion de fluide qui demeure dans sa cavité constitue un commencement d'ischurie. Il est

toutefois nécessaire de dire que tous les vieillards ne sont pas également exposés à cette fâcheuse infirmité.

Ce sont quelquefois moins les progrès de l'âge que les excès dans les plaisirs de l'amour qui déterminent cette maladie. Il arrive fort souvent que de très-jeunes hommes expient l'abus qu'ils ont fait de l'acte vénérien ou des jouissances solitaires. On les voit porter de bonne heure la peine de leur intempérance, et une vieillesse prématurée leur fait éprouver dans l'été de la vie les infirmités de l'âge caduc. La vessie participe chez eux, comme tous les autres organes, à l'état de langueur et d'épuisement général; elle perd une grande partie de son ressort, de son irritabilité naturelle, et ne conservant plus assez d'énergie pour chasser la totalité des urines, il en résulte une rétention qui ne diffère de celle à laquelle la vieillesse donne lieu, que par la cause prédisposante, puisque, du reste, elle se déclare de la même manière, suit une marche parfaitement identique, et se reconnaît à des signes analogues.

La mauvaise habitude de garder trop long-temps ses urines par honte, par distraction, par paresse ou par tout autre motif, dispose à la maladie qui nous occupe; aussi voit-on grand nombre de gens de lettres, de personnes studieuses et qui ont l'habitude de la méditation, en être fréquemment atteints pour avoir négligé de suivre l'un des préceptes les plus sages et les plus essentiels de l'hygiène, celui de satisfaire au besoin d'uriner dès qu'il se fait sentir.

La rétention d'urine par atonie se rencontre aussi fort souvent comme symptôme, dans les affections graves, où la débilité de toutes les puissances musculaires étant portée à un point extrême, la vessie doit nécessairement participer à l'état du système dans lequel une portion de son tissu lui assigne une place.

Les commotions, les compressions ou distensions violentes du cordon médullaire, sont les causes ordinaires de la paralysie instantanée de la vessie. Les coups et les chutes sur la colonne vertébrale produisent le même accident; la luxation et les fractures des vertèbres lombaires, les courbures violentes de l'épine, le gonflement de ces os, la

carie de leur corps, les épanchemens à la base du canal rachidien, sont également presque toujours suivis de rétention d'urine; mais alors elle est constamment accompagnée par la faiblesse, l'insensibilité ou même la paralysie complète des extrémités pelviennes. La compression des nerfs qui se rendent à la vessie, par des tumeurs développées dans leur trajet, ou par le déplacement des organes contenus dans le bassin, peuvent amener les mêmes résultats.

On peut facilement déduire de ce qui précède que la paralysie de la vessie peut être idiopathique, et dépendre d'une affection de la vessie elle-même, ou symptomatique, et se trouver associée à d'autres maladies.

Les symptômes de la paralysie se présentent ordinairement tout à coup; mais, de ce qu'ils se déclarent brusquement, il ne s'ensuit pas que la maladie se soit formée instantanément; au contraire, elle se développe peu à peu, et chaque jour la vessie perd de son ressort. Si on interroge soigneusement le malade, on apprendra que déjà il s'est aperçu qu'il n'urinait plus aussi facilement, que sa vessie devenait paresseuse, qu'il était obligé, lorsque le besoin d'uriner se faisait sentir, d'attendre un temps plus ou moins long avant que la première goutte d'urine fût projetée au dehors; que le jet du liquide, bien qu'il eût conservé sa grosseur, n'était plus porté aussi loin qu'à l'ordinaire, et que, lorsqu'il cessait d'uriner, il ne pouvait plus faire exercer à l'organe les mouvemens de contractilité à l'aide desquels il se débarrassait autrefois des dernières gouttes de liquide contenues dans le réservoir.

Il est, en général, assez facile de s'assurer que la rétention d'urine doit naissance à la paralysie. Aucun doute ne peut exister lorsqu'elle s'est déclarée à la suite d'un coup sur la région lombaire, ou d'une affection grave de la moelle de l'épine. Dans tous les autres cas, une tumeur arrondie au-dessus des pubis, la disparition de l'intumescence par l'évacuation du liquide au moyen d'une sonde, dont l'introduction ne présente jamais aucune difficulté, enfin l'écoulement d'une

certaine quantité d'urine quand on comprime la région hypogastrique, ne laissent point d'incertitude sur la nature du mal.

On ne doit pas perdre de vue cependant une particularité que présente la rétention d'urine due à la paralysie de la vessie, et qui est d'une grande importance pour le diagnostic en ce qu'elle contribue quelquefois à le rendre obscur et difficile, c'est que presque jamais, à moins qu'elle ne dépende d'une lésion extérieure, la rétention n'est complète. Assez ordinairement les malades continuent d'uriner; seulement la quantité de fluide qu'ils rendent est si petite en proportion de celle qui se trouve contenue dans la vessie, que celle-ci demeure encore plus ou moins gonflée après qu'ils ont uriné; mais aussi quelquefois ils excrètent dans un temps donné à peu près autant d'urine qu'en état de santé, et la vessie se vide par regorgement à mesure qu'il y a du trop plein. La tumeur sus-pubienne continue toujours d'exister, sans que le malade en soit gravement incommodé. Cette circonstance a souvent donné le change sur son caractère, et a fait croire qu'elle était d'une autre nature. *Sabatier* rapporte, par exemple, avoir vu des personnes être attaquées de cette maladie depuis six mois ou même plus, sans avoir aucun soupçon de leur état; elles attribuaient la tuméfaction du ventre à de toutes autres causes.

Les gens de l'art eux-mêmes n'ont pas toujours été à l'abri de cette erreur; mais on doit penser que de semblables méprises n'auraient jamais eu lieu, si l'état des choses avait été examiné plus scrupuleusement, et si on n'avait pas négligé le cathétérisme, qui est toujours nécessaire pour lever les doutes et assurer le diagnostic de cette maladie.

Par la même raison qu'on la rencontre rarement complète, cette affection entraîne ordinairement des suites beaucoup moins fâcheuses que les autres espèces de rétentions, et surtout que celles qui sont dues à l'occlusion des voies par lesquelles l'urine arrive au dehors. Comme la vessie se vide jusqu'à un certain point à mesure qu'elle s'emplit, on doit peu craindre la fièvre urineuse, les crevasses de ce réservoir et les épanchemens ou infiltrations inévitables après sa rup-

ture. La rétention qui dépend des progrès de l'âge est particulièrement plus gênante que redoutable; elle a même été rangée parmi les incommodités inséparables de la caducité, et beaucoup de vieillards remplis de cette idée, qui est souvent très-vraie, la portent depuis plusieurs années sans invoquer les secours de l'art. Le prognostic de celle qui dépend de l'abus de soi-même, ou des plaisirs de l'amour, est encore moins fâcheux que celui de la précédente, lorsque surtout les malades ne sont pas entièrement épuisés, et qu'ils se décident à vivre long-temps dans un rigoureux célibat. Il n'en est pas ainsi quand l'affection doit naissance à la rétention long-temps prolongée des urines, d'autant plus qu'elle a toujours fait de grands progrès quand on est appelé pour la combattre. Celle qui accompagne la lésion de la moelle épinière, peu grave par elle-même, est la plus redoutable de toutes à raison des causes qui l'ont provoquée.

La rétention d'urine déterminée par la paralysie de la vessie présente deux indications, qui sont de procurer l'évacuation du liquide, et de restituer au réservoir la tonicité qu'il a perdue. La manière de les remplir varie suivant l'ancienneté du mal et la cause qui la détermine.

Dans tous les cas de cette espèce, le cathétérisme est facile et doit être mis en usage; mais une fois qu'on a évacué l'urine, et qu'on a pourvu à la sortie de celle qui arrive incessamment dans cet organe, on doit s'occuper des moyens de redonner à la vessie la force qui lui manque.

Pour y réussir, on a conseillé l'usage du froid, surtout dans le cas où le réservoir de l'urine est plutôt paresseux que véritablement paralysé. On emploie avec avantage une médication tonique générale et locale, les bains de mer, ou ceux d'eaux minérales sulfureuses ou ferrugineuses, une alimentation choisie et succulente, différentes préparations de quinquina, des frictions stimulantes, soit avec le baume de *Fioraventi*, soit avec la teinture de cantharides, sur les cuisses, le ventre, l'hypogastre et la partie postérieure du bassin; on peut même appliquer sur ces différens endroits de larges vésicatoires volans. M. le

professeur *Roux* a souvent employé avec le plus heureux succès un séton placé et entretenu à l'hypogastre. Il convient aussi quelquefois de recourir à certaines injections irritantes ou stimulantes d'eaux de Barèges ou de Balarue. Nous avons eu l'occasion de voir assez fréquemment des effets merveilleux obtenus à l'hôpital militaire de la garde, par l'application de plusieurs moxas à la base de la colonne vertébrale. M. le baron *Larrey* recommande l'emploi de ce moyen comme le plus efficace et comme lui ayant constamment réussi dans sa longue pratique. Si la combinaison de ces divers agens thérapeutiques amène d'avantageux résultats, comme cela arrive souvent, si le jet de l'urine augmente de force, si chaque jour une plus grande partie de ce liquide s'échappe entre la sonde, qu'on laisse à demeure, et le canal de l'urètre il faut insister sur leur usage et ne les discontinuer qu'après un rétablissement complet.

Une précaution qu'il importe beaucoup de ne pas négliger, c'est de provoquer artificiellement l'évacuation des urines en introduisant fréquemment la sonde, lorsque surtout on ne la laisse pas séjourner. On doit pour cela obliger le malade à s'exercer lui-même, afin qu'il puisse se passer du secours des chirurgiens, et pratiquer le cathétérisme au moins toutes les trois ou quatre heures. C'est particulièrement dans la rétention d'urine déterminée par la lésion de la moelle vertébrale que le cathétérisme est impérieusement indiqué. Les malades, en effet, éprouvant peu de douleurs à raison de l'état de paralysie plus ou moins complète dans lequel se trouvent toutes les parties situées au-dessous du mal, et dont la vessie partage le sort, ne s'aperçoivent d'aucun dérangement dans les fonctions des voies urinaires. La prudence exige donc que le médecin ne s'en rapporte pas à la déclaration du malade, et qu'il explore lui-même l'état de l'hypogastre. D'ailleurs, comme il est impossible que la vessie ne participe pas plus ou moins à l'état de stupeur de la moitié inférieure du corps, et que souffrir qu'elle soit distendue par l'urine c'est ajouter une nouvelle cause à celle, assez puissante déjà, qui en émousse la sensibilité, il ne peut jamais qu'être avantageux et utile d'introduire de temps en

temps une sonde, pour la vider de tout le fluide qu'elle contient.

Lorsqu'on pratique le cathétérisme pour une paralysie de la vessie, on doit se servir d'abord d'une sonde métallique de gros calibre, elle entre toujours plus aisément; et s'il se présente quelque obstacle causé par la flaccidité de la membrane muqueuse du canal, elle l'efface et pénètre sans difficulté. On la remplace ensuite par une sonde de gomme élastique également grosse, qu'on laisse à demeure, en la fixant autour de la verge, ou, ce qui vaut mieux, à un suspensoire que l'on aura soin de bien assujettir. Le malade devra déboucher la sonde toutes les fois qu'il éprouvera le besoin d'uriner; et dans le cas où ce besoin ne se ferait pas sentir, il ôtera le bouchon toutes les deux ou trois heures. Au bout de huit ou dix jours, on changera la sonde, parce qu'ordinairement elle s'incruste de matières salines; dans le cas où elle ne présenterait pas d'altérations, il suffira de la nettoyer et de la replacer ensuite.

Pour que la vessie recouvre sa contractilité, il faut que l'usage de la sonde soit prolongé pendant plusieurs mois, quelquefois un temps moins long suffit; mais aussi, dans certaines circonstances, les malades sont obligés de la porter pendant des années entières. Cette appréciation, d'ailleurs, appartient au chirurgien, qui doit toujours s'empresser de débarrasser les malades d'un usage qui est toujours fort incommode, lorsqu'il n'est pas douloureux.

SECOND ORDRE DE CAUSES.

De la rétention d'urine dans la vessie, déterminée par un obstacle à la libre sortie de ce liquide, dans un point quelconque du trajet qu'il doit parcourir.

Les causes de la rétention d'urine que nous avons jusqu'à présent examinées frappant le corps même de la vessie, empêchent les contractions indispensables à l'excrétion du liquide. Celles qui nous restent à étudier et qui constituent le second ordre que nous avons

établi, produisent la rétention d'une toute autre manière. Elles consistent toutes en des obstacles mécaniques, qui s'opposent, comme nous l'avons déjà dit, à l'issue du fluide dont la poche tend à se débarrasser. Ces obstacles peuvent exister et agir soit au niveau du col de la vessie, soit à un point quelconque de la longueur si considérable de l'urètre, ou bien même au-delà de l'urètre, à l'ouverture du prépuce; mais quel que soit leur siége, ils ne peuvent déterminer la rétention qu'en agissant de l'une des trois manières suivantes : 1°. En comprimant le col de la vessie ou l'urètre, et en rapprochant l'une de l'autre les parois opposées de ce canal; 2°. en produisant son obstruction; 3°. en occasionant son rétrécissement.

On doit placer au nombre des premiers, qu'on pourrait appeler *extérieurs*, la distension énorme du rectum par des matières fécales endurcies, des pierres stercorales, des corps étrangers venus du dehors, ou un tamponnement de cet intestin. La présence dans les bourses ou dans l'épaisseur du périnée de tumeurs nées des parties osseuses du voisinage, ou formées de parties molles, telles qu'un sarcocèle, un hydrocèle, une hernie, ayant acquis un très-grand volume, des abcès, des dépôts, des épanchemens. Les déplacemens de l'utérus en état de plénitude ou de vacuité, la distension de cet organe, son augmentation de volume dan les affections organiques dont il est si souvent le siége, la distension du vagin par des corps étrangers, des pessaires, le sang menstruel chez les filles imperforées, etc.

Parmi les seconds, on trouve les différens corps étrangers venus du dehors ou développés dans les voies urinaires, qu'ils soient placés dans l'urètre, ou bien engagés dans le col de la vessie, ou bien enfin que séjournant habituellement dans la cavité de cet organe, ils aient assez de mobilité pour pouvoir être portés vers l'orifice interne de l'urètre et le boucher plus ou moins complètement; tels sont les calculs urinaires, les fongus de la vessie, les hydatides, les caillots de sang, les mucosités épaissies, les fausses membranes, les brides accidentelles, des portions de sondes ou de bougies, etc.

Parmi les troisièmes enfin on trouve les tumeurs diverses déve-

loppées dans les parois des conduits que l'urine traverse, les différens gonflemens de la prostate, son inflammation, celle de la vessie et de l'urètre, et les rétrécissemens qui en sont presque toujours la conséquence.

L'une ou l'autre de toutes ces causes suffit le plus ordinairement à la production de la rétention d'urine; mais souvent aussi plusieurs d'elles se réunissent pour amener un effet que chacune en particulier n'eût point produit. Rien de plus fréquent, en effet, que cette combinaison, et pour peu qu'on ait observé, on aura vu des cas de rétention dus en même temps à une légère faiblesse de la vessie, et à un léger obstacle au cours de l'urine, tels qu'un gonflement modéré de la prostate, la présence de quelque vaisseau variqueux au niveau du col, ou l'existence d'un léger rétrécissement.

Ce dernier état est une des causes les plus ordinaires et les plus fréquentes de la maladie qui nous occupe, aussi M. le professeur *Richerand* dit-il avec raison, que sur dix malades qui en sont affligés, huit au moins le doivent au rétrécissement de l'urètre

L'orifice par lequel la vessie pousse les urines dans le canal, a si peu de largeur, qu'on ne doit point être surpris de la facilité avec laquelle il se bouche par le gonflement inflammatoire dont il est si souvent le siége. Il suffit de quelques excès de liqueurs ou de femmes, d'une marche forcée, pour déterminer cette inflammation sur des individus forts, pléthoriques et sujets aux flux hémorrhoïdaires. Il est rare cependant que le gonflement, quand il dépend de l'une de ces causes, aille jusqu'au point d'obstruer le passage des urines. Généralement alors le malade n'éprouve qu'une gêne plus ou moins grande, accompagnée d'ardeur et de cuisson dans l'excrétion de ce fluide. Mais il n'en est pas ainsi des accidens de même nature survenus dans le cours d'une violente inflammation du canal de l'urètre. On remarque alors des symptômes généraux d'inflammation, le malade se plaint d'une douleur brûlante dans l'urètre; il éprouve une cuisson insupportable en urinant, lorsqu'il n'en a pas totalement perdu la faculté; la verge a acquis un peu plus de volume, elle est fort

sensible au toucher; la plus légère pression le long de l'urètre cause de la douleur; le conduit est saillant et dur au dehors; le jet des urines a diminué de grosseur d'une manière progressive, mais rapide. Il importe alors de ne pas perdre de temps, car la vessie se distend bientôt, et la vie du malade court de grands dangers. Les antiphlogistiques les plus énergiques doivent former la base du traitement. On pratique une ou plusieurs larges saignées du bras, et on applique un grand nombre de sangsues au périnée. On place au même endroit, sur la verge et sur le ventre, des fomentations émollientes, après avoir préalablement tenu le malade dans un bain. Il ne faut pas négliger de faire prendre des lavemens pour évacuer les matières dont l'irritation sur les parois du rectum ne manquerait pas de se propager jusqu'au col de la vessie. On les réitère toutes les cinq ou six heures, et on les compose avec des substances sédatives.

L'introduction de la sonde dans l'urètre étant fort douloureuse, on n'y a recours que quand il y a un peu de relâchement, et que le malade peut évacuer quelques gouttes d'urine. On peut alors lui administrer des boissons adoucissantes en petite quantité. On se comporte ensuite comme s'il ne s'agissait que d'une simple blennorrhagie, avec l'attention seulement de prescrire un repos absolu, et le séjour du lit, car l'affection est très-sujette à récidiver.

La membrane muqueuse de l'urètre s'épaissit par des inflammations répétées, et lorsque cet effet a lieu dans les parties les plus étroites du canal, comme dans sa portion membraneuse, ou dans celle que la prostate enveloppe, on conçoit que la moindre augmentation peut produire l'oblitération. L'inflammation blennorrhagique commence ordinairement par la fosse naviculaire, s'étend plus ou moins loin du côté de la vessie, et parcourt quelquefois toute la longueur du canal; or, toute personne qui a eu un ou plusieurs écoulemens vénériens, reste plus ou moins exposée à un rétrécissement consécutif, et par conséquent à la rétention d'urine. D'ailleurs, la sensibilité exaltée, l'état continuel d'irritation dans lequel reste la membrane muqueuse après plusieurs urétrites, y entretiennent un

plus grand afflux d'humeurs, et doivent tendre à augmenter sa densité. C'est par cette raison qu'il n'est pas rare de voir les rétrécissemens se former par degrés, lors même que l'écoulement a cessé depuis long-temps. Le jet des urines diminue chaque jour de grosseur, elles sortent en tournoyant; bientôt elles ne coulent plus que bifurquées; enfin on les voit suinter goutte à goutte, et chaque excrétion demande les plus grands efforts. Lorsque la difficulté d'uriner est portée à ce dernier degré, il suffit du moindre écart de régime pour occasioner l'oblitération absolue du canal. Telle est la source de la plus fréquente et de la plus ordinaire des rétentions d'urine, dont la proportion par rapport à toutes les autres réunies est à peu près la même que celle de huit à un.

Quelles que soient les causes de la rétention d'urine, voici à peu près les phénomènes généraux qu'on observe.

Les urines retenues dans la vessie en distendent peu à peu les parois, qui s'amincissent quand la distension est brusque, mais dont l'épaisseur ne change pas ou même augmente quand l'accumulation de ce liquide ne s'opère que lentement. La forme de la vessie n'est pas altérée par son augmentation de volume. Le bas-fond déprime le rectum ou le vagin, et le doigt introduit dans ces organes y rencontre une saillie considérable. La partie postérieure refoule en haut et en arrière le paquet intestinal, tandis que le sommet et la partie antérieure en s'élevant, se placent entre le péritoine et la face postérieure des muscles abdominaux qu'ils touchent à nu. Ainsi distendue, la vessie occupe la région hypogastrique, s'étend jusqu'à l'ombilic, dont elle dépasse même quelquefois le niveau. On l'a vue se porter assez haut pour refouler le diaphragme et diminuer le diamètre vertical de la poitrine. Quand la distension de la vessie est parvenue à ce degré si considérable que nous supposons actuellement, l'accumulation de l'urine se fait également dans les uretères, et de proche en proche dans le bassinet, les calices et la substance du rein, dont les fonctions sont en partie suspendues par suite de la compression qu'elle éprouve. Dans ces cas, bien rares il est vrai, les uretères

prennent un volume double ou triple de celui de leur état naturel; et ce qu'il y a surtout alors de remarquable, c'est qu'ils offrent des courbures très-prononcées, des espèces de circonvolutions. La quantité d'urine accumulée est ordinairement de deux ou trois pintes. Dans certains cas, elle est beaucoup plus considérable; les auteurs prétendent même qu'on a vu la vessie en contenir jusqu'à huit ou dix litres. Par l'effet de son séjour prolongé dans la vessie, l'urine s'altère, ses parties les plus aqueuses sont absorbées, et cette liqueur, par le rapprochement de ses matériaux salins, devient de plus en plus irritante pour la poche qui la renferme; elle est alors d'un rouge foncé, souvent aussi elle devient floconneuse, purulente, en se mêlant au produit de la sécrétion muqueuse altéré par l'effet de l'inflammation qui ne tarde pas à s'emparer des membranes distendues.

L'invasion peut être soudaine; la maladie peut succéder à l'état de santé le plus florissant qu'elle interrompt tout à coup. Dans d'autres circonstances, la rétention débute d'une manière lente et progressive, insensible, inaperçue dans son principe, elle augmente peu à peu, et ne devient manifeste qu'à une époque plus ou moins éloignée de celle où elle a commencé.

Outre que la rétention peut être complète ou incomplète, ce qui modifie singulièrement les symptômes, cette maladie se montre, eu égard à sa marche, aux phénomènes dont elle peut être accompagnée ou suivie, sous deux formes, qui varient d'après la gravité des accidens.

Pour en présenter le tableau, nous allons supposer le cas le plus grave, le plus dangereux, celui d'une rétention tout à fait complète, développée brusquement sur un sujet dans la force de l'âge. par l'intervention d'une cause susceptible à la fois d'intercepter le cours de l'urine et de produire une vive irritation des voies urinaires. La vessie se développe rapidement, et ne tarde pas à proéminer dans la région hypogastrique, où elle forme une tumeur ovoïde, rénitente et douloureuse, ainsi que dans le rectum et le vagin, dont elle déprime la

paroi antérieure. La pression exercée sur cette tumeur augmente les douleurs et les envies d'uriner. Le malade, en proie aux ténesmes vésicaux les plus intenses, accuse un sentiment de pesanteur des plus incommodes au périnée. L'émission rare de quelques gouttes d'urine soulage à peine ses angoisses, qui se renouvellent un instant après. L'excès de la douleur détermine une violente réaction générale. Qui n'a point vu un malheureux tourmenté par une rétention d'urine complète, ne peut se faire une juste idée de la violence des maux qu'il éprouve. Un malaise inexprimable l'agite, il est en proie à une douleur déchirante dans toute l'étendue de l'appareil urinaire. Elle est si intolérable, qu'il appelle la mort à grands cris, cherche en vain une position qui le puisse soulager, courbe son corps en avant, se replie sur lui-même, fait de longs et inutiles efforts pour uriner, et dans l'anxiété qu'il ressent, se roule, se tord de cent manières différentes; l'abdomen est dur, tendu; le pouls est petit, irrégulier, intermittent, fréquent; la peau est couverte d'une sueur jaunâtre et huileuse, l'œil est enflammé; la langue, comme la gorge, sèche et rouge; une soif intense ajoute aux tourmens du malade; il peut à peine respirer; son agitation est portée au comble; tout son corps exhale une odeur d'urine et d'ammoniaque; irrité sympathiquement, l'estomac se délivre par des vomissemens multipliés de matières glaireuses qui sont imprégnées d'une odeur urineuse très-prononcée; le tissu cellulaire est flasque, le doigt qui le comprime sent une sorte d'empâtement; les mouvemens, la marche, la toux, les cris, la station, augmentent la violence et la douleur. Enfin pendant le cours de ces scènes orageuses, le cerveau devient le siége d'une forte irritation, et le délire ou une affection comateuse donnent la mesure des dangers et des tourmens du malade. Les parois de la vessie, qui sont en outre continuellement distendues et irritées par un liquide de plus en plus concentré, sont frappées d'une vive inflammation, très-disposée à se terminer par gangrène : des crevasses se font à ces parois, et l'urine s'épanche dans la cavité de l'abdomen ou dans le tissu cellulaire du bassin. D'autres fois, et le plus ordinairement même, c'est

l'urètre qui cède aux efforts qui portent sur lui ; il se rompt, et l'urine en s'infiltrant dans l'épaisseur du périnée, dans les bourses, sous la peau de la verge, à la partie inférieure de l'abdomen, va former des dépôts dans le tissu cellulaire, qu'elle frappe de mort par son contact. C'est dans cette rétention, suivie trop souvent d'une mort prompte, qu'il faut surtout avoir recours aux moyens les plus énergiques Chaque instant de délai ajoute aux dangers et compromet la vie.

En examinant, au contraire, une rétention qui n'est qu'incomplète, dans laquelle il n'y a d'autre obstacle à l'évacuation de l'urine que l'inertie de la vessie, survenue chez un sujet âgé et atteint d'un léger gonflement de la prostate, l'invasion est lente, et ce n'est que par degré que la rétention arrive à être aussi considérable qu'elle peut le devenir. La distention de la vessie persiste quelquefois pendant un temps fort long, sans qu'on en soupçonne l'existence, et sans autre circonstance remarquable qu'un besoin fréquent d'uriner.

Entre ces deux cas de rétention les plus opposés par leur caractère, il est une foule de cas intermédiaires, qui tous, du reste, se rapportent à la rétention incomplète.

L'existence de la rétention d'urine est généralement facile à reconnaître. Mais, au diagnostic de cette affection se rapporte aussi celui de la cause qui l'a produite. Ici se présentent, dans beaucoup de cas, les plus grandes difficultés. Cela est d'autant plus fâcheux que la connaissance de cette cause importe beaucoup pour la meilleure direction à donner aux premiers soins réclamés par la nécessité d'évacuer l'urine. Elle est encore indispensable au traitement qu'il convient de mettre ensuite en usage, pour s'opposer à la reproduction de la maladie. Aussi, pour arriver à la connaissance exacte de cette cause, doit-on porter toute son attention sur les circonstances relatives à l'invasion et à la marche de l'affection, et rechercher scrupuleusement dans les phénomènes dont elle est accompagnée les modifications que doivent nécessairement produire des causes si nombreuses et si variées.

Dans toute rétention d'urine, l'indication est positive; il faut procéder à l'évacuation du liquide, seulement en certains cas, c'est sans retard qu'il faut vider la vessie, tandis que dans d'autres cette évacuation comporte un délai plus ou moins long. Il est, au reste, différentes manières de satisfaire à cette indication, si souvent urgente.

La rétention d'urine n'étant jamais qu'une maladie symptomatique, il semblerait tout à fait convenable de ne l'attaquer jamais non plus qu'en cherchant à détruire la cause qui l'a produite; mais il n'est pas toujours possible de suivre une marche aussi rationnelle, et ce parti n'est applicable qu'aux cas où les accidens sont peu graves. Dans le plus grand nombre de circonstances, la destruction de la cause demanderait un temps si long, les accidens auxquels le malade est en proie sont si pressans, et chaque instant de retard dans l'évacuation de l'urine ajoute tellement à leur gravité, qu'il faut de toute nécessité faire cesser d'une manière quelconque la distension de la vessie : ce n'est qu'après avoir rempli cette indication pressante qu'on peut chercher à combattre et à détruire la cause de la rétention par un traitement consécutif approprié à la nature de cette cause.

Suivant donc que la rétention est due à l'une ou l'autre des causes que nous avons indiquées comme portant obstacle à la libre excrétion de l'urine, la conduite à tenir offre quelques différences, que nous allons essayer de faire apercevoir en peu de mots.

Si la distension de la vessie dépend de son inflammation ou de celle de son col, c'est à la méthode antiphlogistique la plus active et au cathétérisme évacuatif souvent répété qu'il faut s'empresser de recourir.

Une compression plus ou moins forte est-elle exercée sur le col de la vessie ou sur un des points de la longueur de l'urètre, la rétention ne cédera qu'à l'éloignement de la cause.

Un corps étranger de quelque nature qu'il soit existe-t-il dans la vessie ou le canal de l'urètre, et forme-t-il un obstacle à la libre expul-

sion de l'urine, on doit mettre en usage tous les moyens propres à en faire l'extraction.

Enfin la rétention dépend-elle, comme cela arrive si souvent, d'une coarctation ou d'un rétrécissement du canal que l'urine parcourt, il est impossible d'en obtenir la guérison avant le rétablissement complet ou à peu près complet du diamètre naturel des voies urinaires rétrécies. L'histoire des moyens qu'il convient d'employer pour arriver à ce but n'appartient pas à notre sujet. C'est, du reste, pour les cas dont il est question qu'on a si souvent recours au cathétérisme forcé : c'est pour ces cas aussi, et lorsque l'obstacle est tout à fait insurmontable, comme le serait une oblitération complète du canal, qu'il convient et qu'il peut être indispensable de pratiquer la ponction de la vessie.

Ponction de la vessie. Cette opération consiste à pratiquer à l'urine une route artificielle à l'aide d'un trois-quarts qu'on enfonce dans la vessie à travers les parties molles qui la recouvrent.

Les cas de rétention d'urine qui peuvent nécessiter cette importante et dernière ressource sont heureusement rares, et le sont devenus de plus en plus depuis le perfectionnement du cathétérisme par *Desault;* il n'est point de circonstance dans laquelle un chirurgien habile et exercé ne puisse pénétrer dans la vessie. Après dix années d'exercice comme chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, l'opérateur célèbre que nous venons de nommer n'avait rencontré qu'un seul cas où cette opération lui avait paru indiquée d'une manière urgente, et ne l'avait encore pratiquée que dans cette seule circonstance. Nous avons souvent entendu dire à M. le professeur *Roux* que depuis plus de vingt ans qu'il fait le service à l'hôpital de la Charité, il ne lui est pas encore arrivé d'avoir recours à la ponction de la vessie; il a toujours pu surmonter soit avec une sonde d'un très-petit calibre, soit avec une sonde conique, les différens obstacles que produisent la rétention d'urine.

Il faut en convenir cependant, on n'a pas toujours à se féliciter

d'avoir recours au cathétérisme; assez souvent il est suivi des accidens les plus graves, et peut-être les chirurgiens, après avoir abusé en quelque sorte de la ponction de la vessie, sont-ils tombés dans un excès contraire, et nuisible aux malades, en la pratiquant si rarement. Sans doute le cathétérisme forcé peut le remplacer, avec avantage même, dans une foule de cas où les anciens chirurgiens y avaient recours; mais nul doute aussi que, dans certaines circonstances où les accidens de la rétention sont fort urgens, la ponction de la vessie, qui n'est, il est vrai, qu'un moyen palliatif, ne soit une opération fort convenable. C'est surtout une ressource précieuse pour les chirurgiens qui n'ont point encore acquis l'habitude de vaincre avec la sonde tous les obstacles qu'ils peuvent rencontrer pour parvenir dans la vessie.

Si on la compare avec le cathétérisme sous le rapport des difficultés que peut offrir l'exécution de l'une ou de l'autre de ces deux opérations dans le cas de coarctation du canal de l'urètre et du col de la vessie portés aussi loin que possible, la ponction présente un avantage immense. Rien n'est plus facile que cette opération, surtout si, parmi les différentes méthodes, l'on choisit celle qui consiste à porter le trois-quarts vers la région hypogastrique; tandis que le cathétérisme, dans les cas dont il s'agit, est une des opérations les plus difficiles et les plus délicates de la chirurgie. Ainsi que le cathétérisme d'ailleurs, la ponction de la vessie procure l'évacuation de l'urine, et met fin aux tourmens, aux angoisses du malade, peut-être même le soulagement qu'elle produit est-il plus complet que celui qui est amené par l'introduction de la sonde, alors même qu'elle est faite heureusement. En effet, la sonde exerce toujours une violence plus ou moins grande sur les parties rétrécies, et son séjour au milieu de ces tissus, qu'elle distend avec effort, et qu'elle irrite fortement, peut contribuer à entretenir des accidens qui ne se montrent point après la ponction. Il est vrai de dire, cependant, que la ponction ne saurait dispenser du cathétérisme, toujours nécessaire en définitive pour rétablir les voies de l'urine dans leur état naturel; c'est à cause de cela que la plupart des chirurgiens ont d'a-

bord recours au dernier moyen; et cependant, en commençant par assurer l'évacuation de l'urine, la ponction permettrait de ne procéder qu'avec lenteur et circonspection à la dilatation ou à la désobstruction du canal, ce qui pourrait dispenser du cathétérisme forcé, ou bien le rendrait moins dangereux.

Du cathétérisme. Dans cette opération, les deux mains doivent agir ensemble, c'est-à-dire que tandis que la main droite pousse la sonde dans la verge, la gauche étend le pénis sur l'instrument, en suivant une direction horizontale. Ce mouvement doit être continué jusqu'à ce qu'on soit arrivé au-dessus des pubis ; alors on fait faire à la sonde un mouvement de bascule, en la soulevant un peu, et en l'enfonçant toujours : cette action seule suffit pour pénétrer dans la vessie lorsqu'il n'y a point d'obstacles.

Mais les difficultés sont bien plus grandes dans les cas de rétrécissement, et ce n'est que lentement, en cherchant toujours à conserver la direction du canal, que l'on doit faire marcher la sonde. Quelquefois c'est à l'entrée de l'urètre que l'on rencontre les obstacles, le plus souvent néanmoins, c'est vers la portion membraneuse, ou prostatique, et ces obstacles offrent ordinairement une résistance telle, que l'habileté la plus grande, jointe aux plus grands efforts, ont peine à les surmonter.

C'est dans ces circonstances qu'il est indispensable de prendre les plus grandes précautions, afin de ne point faire de fauses routes, ce qui augmenterait encore les difficultés du cathétérisme; car ce n'est pas sans peine que l'on fait prendre à l'instrument une direction autre que celle qu'il a déjà suivie.

Lorsqu'on ne peut parvenir à franchir les obstacles avec une sonde dont le bec est rond, il faut faire usage d'une sonde à bec conique: on ne devra toutefois se servir de cet instrument que lorsqu'on aura reconnu l'insuffisance des bougies et des sondes ordinaires. C'est surtout dans cette occasion que l'adresse et l'habitude sont nécessaires; en

effet, rien n'est plus facile que de se fourvoyer avec une sonde conique.

Si l'on est obligé, par la gravité de la maladie, à user du cathétérisme forcé, il faut avoir soin de porter le doigt indicateur de la main gauche dans le rectum pour servir de conducteur à l'instrument; en même temps, on saisit celui-ci le plus près possible de son bec, en rapprochant le gland de la racine de la verge; par ce moyen, la force qui pousse agissant sur un levier moins long, on n'a pas à craindre de voir la sonde se courber ou faire une fausse route. Dès qu'on est parvenu dans la vessie, il sort de l'urine mêlée à une petite quantité de sang provenant de la rupture des vaisseaux; on enfonce l'instrument de manière à dépasser seulement de quelques lignes le col : avec cette précaution, on évite de blesser la paroi postérieure du viscère. Aussitôt que l'urine est évacuée, on fixe la sonde, à l'aide d'un bandage de corps et d'un suspensoir, on la bouche, et on recommande au malade de l'ouvrir toutes les fois qu'il éprouvera le besoin d'uriner. Au bout de quelques jours on la retire, et on en introduit une autre d'un volume plus considérable.

Quaud on est appelé à pratiquer le cathétérisme dans des cas difficiles, il est fort important de ne pas se rebuter de plusieurs tentatives inutiles; car c'est à l'instant où l'on veut quitter le malade que l'on réussit le plus souvent : on doit songer d'ailleurs que la patience suffit quelquefois pour épargner une opération toujours dangereuse.

Une autre précaution indispensable à prendre, c'est celle de soutenir les testicules à l'aide d'un suspensoir; sans cela, on courrait le risque de voir ces organes se gonfler énormément, et l'on serait obligé alors d'ôter la sonde et d'attendre pour la remettre que le gonflement eût cessé, ce qui retarderait la marche du traitement, et nécessiterait journellement l'opération du cathétérisme.

Accidens qui peuvent compliquer la rétention d'urine.

L'urine amassée dans la vessie ne pouvant plus s'écouler par des conduits obstrués, est forcée de s'échapper par des routes nouvelles, qu'elle se fraie à travers les parties qui environnent cet organe : de là naissent des abcès urineux et des épanchemens d'urine, et toujours de l'un ou de l'autre des fistules urinaires.

C'est surtout dans les cas de rétrécissement que les malades, obligés de faire de violens efforts, sont exposés aux crevasses du canal, et aux infiltrations qui en sont la suite nécessaire. Ces crevasses ne dépendent pas seulement de l'action mécanique du liquide sur les parois de l'urètre, mais encore de l'altération des tissus de ce dernier.

On donne, en général, le nom de *dépôt urineux* à des tumeurs formées par l'épanchement de l'urine dans le tissu cellulaire. On les a divisés en *infiltrations urineuses* et en *abcès urineux*. Lorsque l'urine s'échappe de son réservoir par une voie autre que l'urètre, c'est toujours par une crevasse qui se fait soit à la vessie, soit au conduit excréteur. Le plus ordinairement, cette crevasse a lieu au canal urinaire, qui présente moins de parties résistantes que la poche où s'accumule le fluide sécrété par le rein ; mais quel que soit le lieu par où le liquide s'écoule, la route qu'il suit dans le tissu cellulaire est très-variée. Le périnée ou les bourses sont les endroits où les dépôts se forment le plus souvent; cependant il n'est pas rare de les rencontrer dans l'épaisseur des muscles de la cuisse, aux aines, aux fesses et jusque dans les lombes.

A l'instant où l'épanchement se fait, les malades éprouvent un grand soulagement, parce que la vessie, long-temps distendue, revient sur elle-même et chasse par la crevasse une assez grande quantité d'urine ; mais ce soulagement est bientôt suivi de douleurs intolérables.

Rien n'est plus dangereux que cet épanchement, car aussitôt que les parties sont en contact avec le liquide, elles sont frappées de mort ;

et cette destruction, augmentant de proche en proche, arrive jusqu'à la peau, où des escharres d'une plus ou moins grande dimension ne tardent pas à se former : à leur chute, qui arrive au bout de quelques jours, un mélange fétide d'urine sanieuse et de pus s'en échappe, et ce liquide continue à couler par ces nouveaux conduits.

Lorsque les malades n'attendent pas que les escharres soient détachées pour appeler l'art à leur secours, on les trouve dans l'état suivant : les bourses énormément distendues, de couleur violette ou noirâtre ; le ventre douloureux, l'hypogastre tendu, sensible à la pression; suintement sanieux et fétide, d'une odeur urineuse à travers les portions gangrénées. Presque toujours à ces accidens se joint une fièvre comateuse; les facultés intellectuelles s'altèrent promptement; l'état adynamique se prononce, et le malade meurt dans un délire affreux et des angoisses cruelles.

Les abcès urineux sont ordinairement situés au périnée ; souvent ils sont accompagnés d'infiltration dans les bourses, d'autres fois aussi ils sont seuls, mais ils n'en finiraient pas moins par produire la gangrène des parties environnantes, et les mêmes accidens qui résultent de la présence de l'urine épanchée dans le tissu cellulaire.

Dans ces cas, il faut faire de profondes scarifications sur les parties frappées de grangrène, et donner ainsi une libre issue aux urines épanchées, et diminuer la tension énorme développée dans les tissus qui avoisinent le siége du mal.

Les dépôts urineux, ordinairement profondément situés, doivent être ouverts de bonne heure. On plonge la pointe d'un bistouri dans la tumeur à la racine des bourses, et l'on va diviser le col de la vessie, de sorte que le liquide trouve pour s'écouler une route large et facile. Ce précepte, qui doit toujours être mis en pratique avec la plus sage circonspection, prévient la formation des abcès nouveaux, et se trouve presque constamment suivi d'heureux résultats.

Les plaies provenant des incisions doivent être pansées avec de la charpie sèche, ou avec des plumasseaux couverts d'un digestif animé. On imbibe les compresses qui doivent servir à former l'appareil d'une

liqueur active, comme la décoction de quinquina, à laquelle on ajoute un peu d'alcohol camphré, ou bien de l'hydro-chlorate d'ammoniaque étendu d'eau. On pourrait également employer avec avantage le chlorure de protoxyde de sodium. Au bout de quelques jours, les lambeaux du tissu cellulaire gangréné se détachent, l'inflammation disparaît, et les surfaces ulcérées commencent à se cicatriser : c'est alors qu'il faut introduire la sonde, et par ce moyen rétablir le cours de l'urine.

Lorsqu'on fait porter la sonde à des malades affectés soit d'infiltration ou de dépôt, soit de fistules urinaires, ils ne doivent pas la garder bouchée, afin que l'urine, que l'on a soin de recevoir dans un bassin, coulant sans cesse par l'instrument, ne puisse s'engager entre lui et le canal, et passer de nouveau par la crevasse de l'urètre : cette précaution doit être gardée pendant quelque temps, même après la terminaison de la maladie.

Quand le malade est depuis long-temps atteint de fistules, on peut, dès la première fois qu'on le voit, si rien ne s'y oppose, lui passer une sonde ou une bougie; car il est bien rare que les fistules anciennes soient accompagnées de l'inflammation des parties environnantes, qui seule pourrait contr'indiquer l'emploi de ce moyen.

Dans tous les cas, il faut, ainsi que nous l'avons dit plus haut, tenir les bourses suspendues.

Les accidens qui résultent de la perforation de la paroi postérieure de la vessie par l'extrémité de la sonde, sont toujours fort graves et entraînent souvent la mort; aussi, pour prévenir ce dangereux inconvénient, il importe beaucoup de ne laisser à l'instrument qu'une longueur de dix à onze pouces, et de l'assujettir de manière à ce qu'il ne puisse jamais faire qu'une très-petite saillie dans la vessie.

On laisse ordinairement la sonde aux malades sans fistules pendant six semaines ou deux mois; mais ceux qui en ont, surtout si elles remontent à une date éloignée, doivent la porter beaucoup plus long-temps, afin que la guérison soit complète. Il arrive quelquefois qu'au bout de quatre ou cinq mois de traitement, les fistules sont cicatrisées intérieurement, et ne le sont pas à leur orifice extérieur; alors il

faut rafraîchir les lèvres de la plaie, et les maintenir rapprochées par la compression. Le traitement général consiste en bains, en boissons délayantes, qui diminuent l'âcreté de l'urine et son action sur les plaies, lorsqu'elles existent.

Les maladies des voies urinaires ont une influence sensible et toute particulière sur le moral des individus qui en sont affectés ; ils deviennent d'une négligence et d'une malpropreté insupportables ; aussi les chirurgiens qui sont chargés de soigner cette affection, doivent-ils exercer une active surveillance pour obliger les malades à suivre exactement les préceptes d'hygiène que de semblables circonstances nécessitent.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Quibus urinæ crassæ, grumosæ, paucæ, non sine febre, copia ex his succedens tenuis, juvat. Tales autem iis maximè prodeunt, quibus ab initio morbi, aut brevi post, subsidentiam continent. *Sect.* 4, *aph.* 69.

III.

Recto intestino inflammato, et utero inflammato, et renibus suppuratis, urinæ stillicidium supervenit : hepati autem inflammato, singultus supervenit. *Sect.* 5, *aph.* 58.

IV.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea incurabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.

V.

Urinæ difficultatem venæ sectio solvit : secundæ verò internæ. *Sect.* 6, *aph.* 36.

VI.

Quibus febricitantibus, in urinis subsidentiæ fiunt crassiori, farinæ similes, longam infirmitatem significant. *Sect.* 7, *aph.* 31.